第 50 卷 第 5 期 北京大学学报(哲学社会科学版) Vol. 50, No. 5
2013 年 9 月 Journal of Peking University(Philosophy and Social Sciences) Sep. 2013

中国城乡统筹医疗保障制度理论与实证研究

王 红 漫

(北京大学 医学人文研究院,北京 100191)

摘 要:中国现行基本医保制度是在计划经济向社会主义市场经济过渡中,由劳保医疗、公费医疗、农村合作医疗等制度转变而来;其主要构成部分为城镇职工社会基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民医疗保险。三大基本医保的依次建立将中国居民不断纳入到社会医疗保障体系中,在政策上实现了全民覆盖;但是,现行以户籍、行政区划、就业情况为基本考量的三大基本医保已经不能完全适应社会的发展变化,人口老龄化、城乡一体化发展、卫生费用不断增长等,给现行医疗保障制度带来了严峻的挑战和冲击。本研究在实证调查的基础上,通过定义优良性指标和建立模型,提出了开放型医保体系的经费测算模式和实施方法。研究表明,在经济发展水平不同晋辽地区,将三种医疗保险制度转化为统一制度下的三种医疗保障水平,允许居民自由选择,建立开放型医保可以提高百姓满意度,并能节约政府卫生支出,在理论上证明了可以进行帕累托改进,即政府和居民双方的利益都增加,本研究为卫生改革提供了可资参考的新思维逻辑和技术工具。

关键词:城乡统筹;基本医疗保险;线性回归;判别分析;实证研究;理论探讨

中图分类号:C913.7 **文献标识码**:A **文章编号**:1000-5919(2013)05-0152-07

为了建立覆盖全民的基本医疗保障制度,中国政府于 1998 年、2003 年、2007 年分别推行了城镇职工医保、新型农村合作医疗、城镇居民医疗保险制度(以下简称三大基本医保),试图从制度设计上,实现建立覆盖全体城乡居民的医疗基本保障体系的目标。现行的医保制度为中国国民提供了基本的医疗保障,实现了政策的全覆盖和人口的广覆盖。

然而,中国现行的社会医疗保险制度是根据户籍制度及是否就业分为三大基本医保,其保障水平各不相同。中华人民共和国人力资源社会保障部、发展改革委、民政部、财政部、卫生部、社保基金会制定的《社会保障"十二五"规划纲要》明确提出要"更加注重统筹城乡发展"、"根据经济社会发展情况,逐步提高各项社会保障水平,缩小城乡、区域、群体之间的社会保障待遇差距"①。中共十八大报告第四部分中指出"加快完善城乡发展一体化体制机制",第七部分中更详细地指出"统筹推进城乡社会保障体系建设……以增强公平性、适应流动性、保证可持续性为重点……整合城乡居民基本医疗保险制度"。在此背景下,本研究着重探讨中国基本医疗保障优化问题,通过定义优良性指标和建立模型来对现行医保制度进行优化,研究所关注的城乡医疗统筹问题,是中国医疗保障领域的前沿热点之一,是对中国医疗保障体系未来发展道路的探索。

统筹城乡医保的实现,既需要有理论指导也需要有实证依据。为此北京大学健康与社会发展研究中心医疗社会保障课题组选取中国经济发展好中差中东西部的不同省份、直辖市进行实证研究与理论探讨。本文是该研究的一部分,对比分析了经济发展较好的辽宁省(2010 年 GDP 排位第七)②和经济

收稿日期:2013-05-18

作者简介:王红漫,女,黑龙江齐齐哈尔人,北京大学医学人文研究院教授。

基金项目:国家哲学社会科学基金重点项目"城乡医疗统筹背景下我国医疗保障体系问题研究"(项目编号:13AGL010)

① 中华人民共和国中央人民政府网:《国务院关于批转社会保障"十二五"规划纲要的通知》,2012-06-27,来自:http://www.gov.cn/zwgk/2012-06/27/content_2171218.htm

② 数据来源:中华人民共和国国家统计局:《中国统计年鉴 2010》,北京:中国统计出版社 2010 年版。

发展较差的山西省(2010年GDP排位第21)①居民对社会医疗保险的选择意愿及其人口学影响变量,建立了模型测算政府的卫生投入,旨在为探索不同经济发展水平地区将三种医疗保险制度转化为统一制度下的三种医疗保障水平、建立开放式医保提供实证资料和理论依据。

一、资料来源及研究方法

本研究数据,来自北京大学健康与社会发展研究中心于2011年7月在辽宁省和山西省做的一项调查。该调查采取多阶段分层随机抽样:按照《辽宁统计年鉴2010》和《山西统计年鉴2010》分别将两省所有区/县2009年的人均生产总值按照从高到低依次排序,分成三层,分别从每层中随机抽取一个区/县,代表高、中、低三个档次的人均GDP水平;在每一个选中的区县中,按照城乡划分代码将区县内所有社区、村庄分为城镇、乡村两层。分别从城、乡两层中随机抽取一个社区、一个农村,在抽中的社区或农村中进行随机调查。辽宁和山西两省分别调查问卷600份,共1200份,问卷有效率100%。

调查分为深入访谈和问卷调查。对省和区/县医保中心、市级卫生行政部门的管理人员进行深入访谈;对样本地内居民进行面对面问卷调查。调查员由经过培训的北京大学医学部本科生和研究生组成,采用北京大学健康与社会发展研究中心设计并使用成熟的问卷。

调查数据使用Epidata 3.0进行平行双录入,利用SPSS 19.0、SAS 13.0和Excel 2007软件,综合运用聚类分析、交叉列联表、判别分析等统计分析。

二、研究结果与分析

(一)两地居民对三大基本社会医疗保险的选择意愿分析

如果政府允许居民自由选择医疗保险种类,那么需要分析居民的选择情况及做出选择的原因。对“您目前享受的社会医疗保险制度是什么”和“最适合您的社会医疗保险制度是什么”两道问题的结果进行列联表分析,两地的结果显示:

1.现行按户籍和就业情况划分的医保只能满足部分居民的需要

辽宁、山西期望参加的医疗保险与实际参加的医保类型相同的居民分别占26.50%、69.14%。

(1)辽宁有73.50%的被调查者希望参加医保与实际参加的医保类型不一致

城镇职工有27.20%(65人)选择了城镇居民水平的医保,有5.86%(14人)选择了新农合水平的医保,有55.65%(133人)选择了其他水平的医保。②

城镇居民有12.26%(11人)选择了城镇职工水平的医保,有10.11%(9人)选择了新农合水平的医保,有43.82%(39人)选择了其他水平的医保。

新农合参加者有2.04%(6人)选择了城镇职工水平医保,有1.60%(4人)选择了城镇居民水平医保,有60.80%(152人)选择了其他水平的医保。

(2)山西有30.86%的居民希望参加现已参加的医疗保险之外的医保

城镇职工有31.65%(69人)选择了城镇居民水平的医保,有12.39%(27人)选择了新农合水平的医保,无人选择其他水平的医保。

城镇居民有29.27%(12人)选择了城镇职工水平的医保,有31.71%(13人)选择了新农合水平的医保,无人选择其他水平的医保。

新农合参加者有5.86%(19人)选择了城镇职工水平医保,有10.19%(33人)选择了城镇居民水

---

① 数据来源:中华人民共和国国家统计局:《中国统计年鉴2010》,北京:中国统计出版社2010年版。

② “其他水平医保”指的是居民给出的、认为更适合自己的医保水平,与问卷中提供的城镇职工、城镇居民和新农合的水平不同。

平医保,无人选择其他水平的医保。

2. 影响两地居民对医保种类选择的共性变量

通过多重线性回归和判别分析,筛选出影响居民对医保选择的优化变量,结果如下:

(1)辽宁省影响医保种类选择的人口学变量,有户籍、年龄、受教育程度、是否有商业保险、家庭年医疗支出、职业。

(2)山西省影响医保种类选择的人口学变量,有户籍、年龄、受教育程度、是否有商业保险、职业、家庭年收入。

其中,影响两地居民选择的共性变量为户籍、年龄、是否有商业保险、职业、受教育程度;单独影响山西居民选择的变量还有家庭年收入;单独影响辽宁居民选择的变量还有上一年家庭医疗支出。

共性变量作为全局规划时重点考虑的变量,而两地各自独有的变量应该作为政府因地制宜制定政策时所需要权衡的变量。

3. 两地医保自由选择人数测算

利用优化得到的变量,建立辽宁居民选择医保的模型为:

Y1 = −63.15 + 6.82x 户籍 + 0.36x 年龄 + 6.80x 受教育程度 + 30.33x 是否有商业保险 + 1.88×10^{-5}x 家庭年医疗支出 + 2.33x 职业

Y2 = −68.07 + 7.47x 户籍 + 0.37x 年龄 + 6.59x 受教育程度 + 32.77x 是否有商业保险 + 1.97×10^{-5}x 家庭年医疗支出 + 2.27x 职业

Y3 = −63.66 + 4.55x 户籍 + 0.38x 年龄 + 6.14x 受教育程度 + 32.84x 是否有商业保险 + 1.41×10^{-5}x 家庭年医疗支出 + 2.63x 职业

Y4 = −64.25 + 5.61x 户籍 + 0.40x 年龄 + 6.40x 受教育程度 + 31.93x 是否有商业保险 + 0.20×10^{-5}x 家庭年医疗支出 + 2.46x 职业

建立山西居民选择医保的模型为:

Y1 = −47.64 + 7.36x 户籍 + 0.32x 年龄 + 5.93x 受教育程度 + 14.37x 是否有商业保险 + 2.60×10^{-5}x 家庭年收入 + 2.52x 职业

Y2 = −44.85 + 6.77x 户籍 + 0.31x 年龄 + 5.61x 受教育程度 + 14.98x 是否有商业保险 + 1.85×10^{-5}x 家庭年收入 + 2.53x 职业

Y3 = −42.28 + 3.85x 户籍 + 0.33x 年龄 + 5.42x 受教育程度 + 15.49x 是否有商业保险 + 1.41×10^{-5}x 家庭年收入 + 2.73x 职业

(其中,户籍 1 为农业户口,2 为非农业户口;受教育程度 1 为文盲或半文盲,2 为未上过学,3 为小学,4 为初中,5 为高中、技校、中专,6 为大学专科,7 为大学本科,8 为研究生及以上;商业保险 1 为有,2 为无;职业 1 为国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人,2 为专业技术人员,3 为办事人员和有关人员,4 为商业、服务业人员,5 为农、林、牧、渔、水利生产人员,6 为生产、运输设备操作人员及有关人员,7 为军人,8 为无业人员。)

比较 Yi(i=1,2,3,4)的大小即可知道居民的选择倾向:Y1 最大时,选择城镇职工水平的医保;Y2 最大时选择城镇居民水平的医保;Y3 最大时选择新农合水平的医保;Y4 最大时选择其他水平的医保。

下文论证在允许居民自由选择医保后,政府的卫生支出将发生怎样的变化?

(二)测算两地政府卫生支出

通过前一部分利用判别分析建立的关于居民选择医保水平的模型,使用各地的不同人口学变量,即可推知各地选择各类医保水平的居民比例。为简化计算,使用问卷调查中所获得的数据弥散测算选择各类医保水平的人数比例:辽宁、山西选择城镇职工水平医保的分别占 17.94%、26.14%,选择城镇居民水平医保的分别占 38.93%、20.07%,选择新农合水平医保的分别占 43.13%、53.79%。将其作为权

重,可得两地居民正在享受和期望的医保水平的加权值。

其中,实际发生的报销比例是全年实际报销额占实际医疗支出的比例,包含自费医药、不能跨区域报销、政策执行不利以及居民自身原因可报销但未报销等因素。可供选择的水平指的是作者按照北京市现有的三大基本社会医疗保险分别算得的平均水平(参与访谈京、渝、辽、鲁、晋地区的百姓强烈要求享有首都居民的各类医保水平),将其作为统一制度框架下供居民自由选择的三种不同医保水平。将北京市三大医保的平均水平作为统一制度框架下可选择的三种医保水平,是考虑到在省级构建城乡统筹的医疗保障制度后,逐步实现全国统筹,均衡地区间的医保水平,实现国民间医疗保障水平的平等性。

1. 两地三类医保参加者均希望提高报销比例

辽宁城镇职工、城镇居民及新农合医保可供选择的报销比例为 85%、60%、50%,期望的报销比例为 84.47%、80.08%、71.19%,实际发生的报销比例为 18.15%、18.39 %、7.67%。

山西城镇职工、城镇居民及新农合医保可供选择的报销比例为 85%、60%、50%,期望的报销比例为 87.83%、79.31%、70.22%,实际发生的报销比例为 34.62%、19.29 %、12.29%。

可以看出,两地的三类医保参加者实际发生的报销比例低于可供选择的报销比例,而居民期望的报销比例高于可供选择的报销比例。

2. 两地城镇职工和城镇居民医保的起付线有下调需求,新农合起付线有提高空间

辽宁城镇职工、城镇居民及新农合医保可供选择的起付线为 1800.00 元、650.00 元、0.00 元,期望的起付线为 1115.22 元、228.50 元、23.10 元。

山西城镇职工、城镇居民及新农合医保可供选择的起付线为 1800.00 元、650.00 元、0.00 元,期望的起付线为 1044.17 元、523.28 元、70.65 元。

可见,两地的城镇居民和城镇职工医保的起付线都有下调的需求,新农合的起付线有提高的空间。

3. 两地新农合的缴费额均存在提升空间

对比辽宁和山西新农合医保可供选择的年缴费额(均是 50 元)、期望的年缴费额(62.83 元、66.45 元)和可以承受的最大年缴费额(84.77 元、123.04 元),可见两地新农合的筹资水平均有提高的空间。

4. 测算两地政府卫生支出的变化

政府卫生支出 = 报销比例 x(总卫生费用 – 起付线 x 总人口) – 年缴费额 x 总人口。结果见表 1:

表 1　山西和辽宁两地政府卫生支出

	山西		辽宁	
	金额(亿元)	占 2010 年政府财政支出比例(%)	金额(亿元)	占 2010 年政府财政支出比例(%)
2010 年政府实际卫生支出	132.28	6.85	176.35	5.51
按北京医保水平、允许居民自由选择的政府卫生支出	22.465	1.16	140.136	4.38
差值	–109.815	–5.69	–36.214	–1.13
自由选择达居民预期时政府卫生支出	111.828	5.79	356.535	11.15
差值	–20.452	–1.06	+180.185	+5.63

(数据来源:中国卫生统计年鉴 2012,辽宁统计年鉴 2011,山西统计年鉴 2011)

三、讨论与建议

到 2010 年底,中国城镇职工有 2.37 亿人参加医保,城镇居民医疗保险有 1.95 亿人参保,参加新型

农村合作医疗的人口达 8. 36 亿人,参合率达到 96. 0% 。① 调查发现,辽晋两省均在国家大的政策方针指导下,构建了由城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗三大版块构成的基本医疗保障制度。截至 2010 年底,山西省参加城镇职工医疗保险的人数为 562. 0 万人,参加城镇居民医保的人数为 361. 5 万人,参加新农合的人数为 2164. 6 万人②;辽宁省参加城镇职工医疗保险人数为 1408. 7 万人,参加城镇居民医疗保险人数为 647. 5 万人,参合人数为 1953. 6 万人。③ 现有的基本医疗保障制度在减轻居民医疗负担、提高居民健康水平上起到了一定作用。

但三大基本医保均是针对不同人群、依据其户籍和就业状况而设计的,其保障水平在横向和纵向上均存在一定差异。在城乡经济不断发展、流动人口不断增多、人口老龄化不断加剧的大社会背景下,现有的医保制度,无论是在整体框架设计上,还是在具体操作上,都亟待改革。

有学者提出,现有的医保制度是一种分割的、碎片化的医保制度,存在明显的不公平性;难以适应城乡经济的快速发展,阻碍了人口的流动,强化了城乡户籍观念,固化了二元结构,在二次分配中延续了一次分配的差距④;现有医保管理的分割造成资源浪费、降低政府工作效率,存在重复参保⑤和重复建立经办机构及信息系统的现象⑥,提升了管理成本等。

本研究通过对经济发展分别处于高、低水平的两省调查发现,分别有 73. 50% 、30. 86% 的居民希望参加已参加医保之外的其他医保。农村居民收入的增加、城镇居民下岗失业人员的就业困难、人口学特征的影响、居民个人身份的转变等原因,使得居民对医保有着不同的需求。两地居民都有自由选择医保的愿望,现有的医保制度以就业、户籍进行划分,有失合理性与公平性。

作为统筹城乡经济社会发展的一项重要内容,统筹城乡医保关系着城乡居民享受医疗保障和健康服务的公平性和可及性。从制度框架设计上解决分割的、固化的医保制度所带来的弊端、建立城乡统筹的医疗保障制度对医保制度的可持续发展、促进社会公平、保障居民健康水平具有必要性。近些年,中央政府的执政理念和发展策略是高度重视并关注民生问题,并将全民医保的目标纳入远景规划,建立城乡统筹的医疗保障体系已经成为医保制度改革的大方向,为统筹城乡医疗保障制度提供了政治保证;《社会保险法》将新农合纳入基本医疗保险的范畴,并明确规定"国务院社会保险行政部门负责全国的社会保险管理工作,由社会保险行政部门统筹管理城乡医保是贯彻落实《社会保险法》的必然要求"⑦。为整合城乡医保提供了法律基础;学界也在统筹城乡医保的方向上基本达成了一致,有关医疗保障制度城乡统筹的研究越来越多,为改革提供了理论参考。

本研究结合中国具体国情、以稳定及和谐为出发点,提出将已经建立起的三大基本医保整合为统一制度下的可选择的三种医保水平,通过科学抽样选取经济发展水平不同的地区进行了实证研究,并对其政府卫生支出的变化进行了测算,见表 1,结果显示:若允许居民自由选择且达到居民期望的医保水平,虽然山西省政府可节约 20. 452 亿元(占财政支出的 1. 06%) ,但辽宁政府需多投入 180. 185 亿元(占财

---

① 中华人民共和国卫生部网站:《2011 年中国卫生统计提要》,2011 - 05 - 27,来自: http://www. moh. gov. cn/publicfiles///business/cmsresources/mohbgt/cmsrsdocument/doc12294. pdf

② 资料来源:山西省统计局 & 国家统计局山西调查总队,《山西统计年鉴 2011》。

③ 资料来源:辽宁统计局,《辽宁统计年鉴 2011》。

④ 董文勇:《特殊情况下的医保制度衔接》,《中国社会保障》2008 年第 5 期,第 74—75 页。张荣在:《城乡医保一体化不是应对穷与富》,《中国医疗保险》2012 年第 4 期,第 22 页。

⑤ 刘允海:《尽快实现医保城乡统筹是大势所趋——访全国政协社会和法制委员会副主任、中国医疗保险研究会会长王东进》,《中国医疗保险》2012 年第 3 期,第 8—9 页。

⑥ 杜婕:《统筹城乡医保制度避免"重复浪费"》,《中国人大》2011 年第 8 期,第 15 页。

⑦ 中国网:《中华人民共和国社会保险法》(全文) ,2010 - 10 - 29,来自:http://www. china. com. cn/policy/txt/2010 - 10/29/content_21225907. htm

政支出的 5. 63%) 。以目前的状况来看,辽宁省在有限的政府支出中调配出这么多的资金可能不现实。要达到居民期望的医保水平,需要随着经济不断发展,政府具备相应的物力、财力后再逐步实现。

虽然近期还不能达到居民的预期水平,但是山西和辽宁两省居民愿意享受北京市现行三大基本医保的平均水平,此时允许居民自由选择,辽宁、山西政府可以分别节约 36. 214 亿元(占财政支出的 1. 13%) 和 109. 815 亿元(占财政支出的 5. 69%) ,从财政上来看不但是可行的,而且是可以使百姓与政府同时受益的。

以上讨论了构建城乡统筹医疗保障制度的必要性和可行性,下文重点论述如何构建利国惠民的城乡统筹医疗保障体系新框架。

所谓城乡一体医疗保障,就是把城市与乡村、城镇居民与农村居民的医疗保障作为一个整体,统筹谋划、综合研究,通过体制改革和政策调整,改变医疗保障的城乡二元结构,实现城乡医疗保障在政策上的一致,使整个城乡医疗保障全面、协调、可持续发展,其目标是实现“人人享有基本医疗保障”,保障基本卫生保健的公平性、可及性。目前对于城乡医保统筹的道路尚有争议①,对医保的管理权归属也未达成共识。② 有学者提出,鉴于城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗在筹资等制度设计上的相似性,可以首先将二者统筹为城乡居民医疗保险,解决户籍分割的问题,然后再通过制度设计与城镇职工基本医疗保险相衔接,突破参保时对就业情况的限制。③ 这些研究对中国今后完善以及更有效地推行城乡医保统筹提供了建设性建议;但大部分只是对城乡医保统筹的共性问题进行定性描述,缺乏深层次的个案和实证分析;大多建议缺乏实证数据支持,缺乏可行性研究,缺乏城乡医保统筹主体之间的制衡研究。所提出的统筹方式不利于维护政策的稳定性,经济成本和社会成本较高。

本研究提出应充分利用现有资源,以最小的改革成本带来最大的改革效果,提出了将现行三大基本医保整合为统一制度框架下的三种医保水平,并允许居民自由选择的医疗保障,即建立开放型医保模式,为统筹城乡医保提供了新的理论框架:首先要实现三大医保的省级统筹,按照参与访谈京、渝、辽、鲁、晋地区的百姓要求享有首都居民的各类医保水平,将北京市三大基本医保平均水平,来整合现行基本医保水平,实现医保水平的横向平等,同时打破原有对参保者户籍、职业、地域等的限制,将三大基本医保作为统一制度框架下的三种医疗保障水平,允许居民自由选择,不仅实现地区医保的城乡统筹,也可实现全国统筹。

四、结　论

在越来越讲究人权、平等的社会,构建多层次的、开放的、覆盖全体居民的基本医疗保障制度,允许居民自由选择医保制度,应该是每一位居民应有的权利,也可以更好地满足居民对医疗保障的需求。同时,政府和居民都要认识到双方对医保体系的稳固发展还有应尽的义务。构建统筹城乡医保要权利与义务并重。政府要全面、清晰地提供医保政策,以供居民了解。居民要对可供选择的三种医保制度有充

---

① 孙健夫、郭林、刘苓玲、李珍:《中国社会保障的科学发展》,《光明日报》2008 年 11 月 25 日,第 9 版。刁孝华、谭湘渝:《我国医疗保障体系的构建时序与制度整合》,《财经科学》2010 年 第 3 期,第 77—84 页;申曙光、彭浩然:《全民医保的实现路径———基于公平视角的思考》,《中国人民大学学报》2009 年第 2 期,第 18—23 页;于建华:《统筹城乡医疗保障制度的基本设想》,《卫生经济研究》2008 年第 7 期,第 13—15 页。

② 贺大炎、唐碧泉:《城镇居民基本医疗保险制度并与新型农村合作医疗制度统一管理的可行性分析》,《医学信息》(下旬刊) 2010 年第 2 期,第 286—288 页;曹秀有:《对城乡医保一体化管理的思考》,《医院管理论坛》2010 年第 8 期,第 17—18 页。

③ 毛淑娟:《城乡统筹视角下我国新农合制度发展与制度整合分析》,《社会保障研究》2010 年第 1 期,第 94—99 页;朱俊生:《“扩面”与“整合”并行:统筹城乡医疗保障制度的路径选择》,《中国卫生政策研究》2009 年第 2 期,第 19—22 页。

分的了解,结合自己的实际情况做出理性的选择。居民要认识到,高的补偿水平需要建立在高缴费额度的基础上,例如对于想要享受城镇职工水平医保的非就业人员,需要一并缴纳个人承担部分和单位承担部分,以保证医保资金的充足。一旦选择某种水平的医保,试点期在 5 年内不可随意更换,以防止道德风险,减少因医保更换带来管理成本的增加和给医保核算、制度稳定运行带来的不利影响。

卫生保障制度的改革,涉及制度间有效的衔接,关系到基金的良性运行和政府的信誉,影响政策的效率和效果。本文所论述的理论和方法,考虑到既要兼顾城乡统筹、又要兼顾政策稳定性,在国家卫生大政方针和卫生体系不变的前提下,制定与社会发展相适应的卫生保障政策,将现行三种基本医疗保险制度转化为统一制度下的三种医疗保险的方式,分析居民对社会医疗保险的满意度,研究影响居民医保选择的人口学变量,并通过实证研究,根据辽宁省和山西省常住居民人口学信息、居民选择意愿、政府卫生支出等指标,论证了分别将两地三种医疗保险制度转化为统一制度下的三种医疗保险的方式,和允许居民自由选择基本医保方式的可行性。研究表明,在经济发展水平不同的地区,该建立三层次、开放型、覆盖全民的基本医保的理论和技术方案在现行医疗保障制度的基础上,可以提高百姓满意度,并可以节约卫生支出,在理论上证明了可以进行帕累托改进,即政府和居民双方的利益都增加。

本研究的创新之处在于,在实证调查的基础上,通过定义优良性指标和建立模型,提出了可供居民自由选择型医保体系的经费测算模式和实施方法,为卫生改革提供了可参考的新思维逻辑和技术工具。

本研究存在一定的局限性。虽然依据科学的抽样进行了调查,基本保证样本的代表性,但是由于时间和经费的限制,样本规模有限,使研究结果的可推广受到一定的限制。对于本文提出的医疗保障模式的实施,需要在更大的范围内进行调查和精算。

总之,中国医疗保障制度已经建立初具规模,但是在发展的道路上需要不断探索,使其更完善,与社会发展的环境相适应,与人民健康需求更相符,以更合理的方式促进卫生保障制度的公平性,使其能够健康、稳定、可持续的发展。

The Theoretical and Empirical Study on China's System of Medical Insurance by Urban-Rural Integration

Wang Hongman

(*Institute of Medical Humanities*, *Peking University*, *Beijing* 100191, *China*)

Abstract: This paper explores the necessities and feasibilities of establishing a system of basic social medical insurance by urban-rural integration in regions whose economic development is at different levels. Based on the survey data in 2011, this paper analyzes and compares the residents' willingness to choose medical insurance and its influential demographic characters and calculates the change of government health expenditure after the establishment of the system of medical insurance by urban-rural integration in Liaoning and Shanxi Provinces with the methods of contingency table, linear regression and discriminant analysis. The common demographic characters that influenced the residents' choice of medical insurance in the above-mentioned two regions included household, age, commercial insurance, occupation and education. The deductible lines of insurances for working and non-working urban residents were expected to be reduced, and the premium and deductible lines of the new type of rural cooperative medical care system could be increased. Shanxi provincial government could save 10.9815 billion yuan and Liaoning provincial government could save 3.6214 billion yuan, if the medical insurances in each region reached the current average level of Beijing Municipality and the residents were allowed to choose medical insurances at their own will. It is necessary and feasible to integrate the current three basic medical insurances into three different levels of medical insurance under a unified system and allow the residents to be free to make choices in the regions where the economic development is at different levels.

Key words: urban-rural integration, basic medical insurance, linear regression, discriminant analysis, empirical study, theoretical probe

(责任编辑　何　方)